

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190572710 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (P1).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000105138-1

Nr. da Autenticação 3CC7128804A80909



Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro Belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553 e-mail: dpcentralpatos@gmail.com

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3459/2019

Aos SETE (07) dias do mês de OUTUBRO do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil MANOEL MARTINS FERNANDES, delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia, ao final assinado. Aí, por volta das 14h53min, compareceu, FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES, brasileiro (a), RG: 633927 SSP/PB, CPF: 337.962.624-49, natural de Condado/PB, data de nasc. 04/05/1960, solteiro, moto-taxi, Filho (a) de Espedito Jose Rodrigues e Rita Eugenio Rodrigues, Residente na Rua Wandy Alves, nº 172, Bairro Vitória, Patos /PB, Tel.: (83) 9.9824-6036, fim de prestar a seguinte queixa:

=====
QUE, o notificante afirma que, na data 08/07/2019, por volta das 06:40 horas, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN ES, Placa: MNM5675/PB, Renavam: 00886073758, ano/modelo: 2006/2006, cor: VERMELHA, chassi: 9C2KC08506R851241, Licenciada em nome do noticiante, no bairro Belo Horizonte, nesta cidade, quando em frente o cemitério São Miguel, colidiu em um animal (cachorro), e, perdendo o controle da moto, caiu, que foi socorrido por terceiros e conduzido ao Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB, onde ao ser examinado, foi constatado fratura no tornozelo direito.
=====

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé. **TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Francisco Eugenio Rodrigues

Patos/PB, 07 de outubro de 2019.

Ana M. da C. Leandro
Escrivão da Policial Civil AD-HOC
Mat. 138.428-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

334.962.624-49

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Eugênio Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Francisco Eugênio Rodrigues

G - CPF:

334.962.624-49

7 - Profissão:

Moto-Taxista

8 - Endereço:

Rua Wanday Alves

9 - Número:

334

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Vitória

12 - Cidade:

Patos

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58706 - 000

15 - E-mail:

emmanoela@hotmail.com.br

16 - Tel.(DDD):

(83) 3421-8003

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0043

CONTA: 00105138

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou Sim Não nasцito (vai nascer)?

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos - PB, 07 / Outubro / 2019

Francisco Eugênio Rodrigues

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES
RUA WANDY ALVES 834 - VITORIA
PATOS / PB CEP: 56706-000 (AG. 118)



Ligação MONOFÁSICO
Cta/Sec RES MTC B1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rodero 14 - 119-426-5520 Referencia Jun/2019
Medidor 00008833-T2 Emissao 21/06/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1250, Km 25 - Crato Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58021-630
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual 16315.023-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 026 833.912
Cód. para DB. Automático: 00034493616

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	21/06/2019	23/07/2019	337.962.624-49 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora):

5/449361-6

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Seja mais em saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
23/05/19 10743	21/06/19 10377	1	134	29

Demonstrativo		Quantidade Tarifa (R\$) ICP/RS ICMS PIS/Cofins(R\$) ICP/RS ICP/RS (1,0945%) ICP/RS (0,0655%)					
0001	Consumo em kWh	134.000	0.054405	114,48	114,48	27	30,91
0001	Adm. E. Amarela	0,73	0,73	27	0,18	0,73	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0002	CONTRIBUICAO ILM PUBLICA	14,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORO 05/2019	0,18	0,00	0	0,00	0,18	0,00
0006	MULTA 05/2019	2,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO VENC. ÁREA 05/2019	0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item. TOTAL: 132,27 115,22 31,10 115,22 1,24 5,76
Tarifa e/ou Tributos: 0,571770

Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO 01/07/2019 TOTAL A FADA R\$ 132,27

Histórico de Consumo (kWh)
177 | 143 | 187 | 162 | 188 | 212 | 182 | 174 | 174 | 185 | 174 | 188
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVADO AO FISCO
27c9.1820.fc7a.d87a.b87d.e67e.8c7f.308f.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Discriminação	Valor (%)	%
DI/MENSAL	5,51	0,83	NOMINAL	220	
DI/TRIMESTRAL	17,04				
DI/ANUAL	23,04				
FU/VERBAL	0,47	1,00	CONTRATADA		
FU/TRIMESTRAL	2,65		UNIDADE INFERIOR	202	
FU/ANUAL	13,07		UNIDADE SUPERIOR	231	
DNO	3,46	0,83			
USP	12,22				

Valor da FUSD (R\$) 4/2019 R\$ 62,60

ATENÇÃO	Faturas em atraso



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AGO/2019

DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB
58704- 460

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Respons
		Energia	Comunal	Indústria	Público	
075.005.420.0056.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação E		
Y13N713469	09/12/2013	EXT LACRILIGADO				POTENC
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEIT						
836 851 15 33 06/09/2019						
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017						
JUL/2019 11	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONF.		
JUN/2019 18	TURBIDEZ	0	0	0		
MAI/2019 10	CLORO	0	0	0		
ABR/2019 10	COL.TERMOT	0	0	0		
MAR/2019 12	COR	0	0	0		
FEV/2019 14	COL.TOTAIS	0	0	0		
MEDIA(M)	12					DADOS REFERENTES A: JUL/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 07/08/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE		10 M3	37,9
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		5 M3	24,4
ESGOTO			
FATURAS EM ATRASO			
REF 201906 77,03			
REF 201907 45,75			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 5,77 PIS E CONFINS, IFT 17,74

VENCIMENTO:	19/08/2019	Total a Pagar:	R\$
-------------	------------	----------------	-----



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIF

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 30/06/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM O. COMPARECA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL(R\$)
28928857	AGO/2019	19/08/2019	R\$

82630000000 5 62360010075 3 02892885701 1 08201910003 1



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Eugênio Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 334.962.624 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco Eugênio Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 334.962.624 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:
RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA TITICO GOMES</u>		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>BELO HORIZONTE</u>	<u>PATOS</u>	<u>PARAIBA</u>	<u>58704-380</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 3421-8003</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976</u>	
<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>			

Patos - PB, 04 de Outubro de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/07/19 Hora 06h51 Gênero MC 59 anos

Nome/Nome Social Franckle Evangelista Rodrigues

Origem* Via Pública Regulado? Sim Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas dores na pélvis Encaminhado? Sim Não

Motivo do atendimento* 002

Cliente Polo

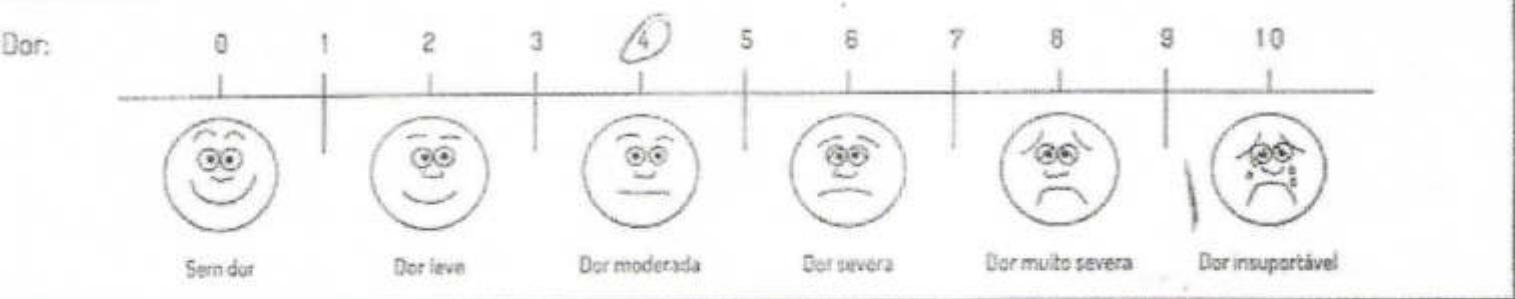
Transporte Viável próprio

Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim

Doença prévia? Não Sim

Temp _____ °C Pulso _____ bpm Resp _____ irpm SpO₂ _____ % PA 160/110 mmHg HGT _____ mg/Dl



Classificação de Risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Especialidade Médica Bisnaga

Acompanhante: S/ Acomp. (Setor Crítico) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)

Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Rafaella de Almeida Lopes
COREN-PB 55.553 ENF

Enfermeiro/Canimbo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	VIA PÚBLICA			
PACIENTE	FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES			
NOME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	RITA EUGENIA RODRIGUES	FILIAÇÃO II	ESPEDITO JOSE RODRIGUES	
NASCIMENTO	04/05/1968	IDADE	59a 2m	COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO	MOTO TAXI	BAIRRO	SAO SEBASTIAO	
ENDERECO	RUA VANDY ALVES	CEP	58706130	
CIDADE	PATOS	CELULAR	83998246036	
TELEFONE		CPF	337.962.624-49 REG. NASC.	
CNS	704304506127794	K.G	633927	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO			
F.A.A	52370	PRONTUÁRIO	28537	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	KGOMES	
DATA	08/07/2019 Horário: 06:58	TIPO DE SERVICO	URGENCIA E EMERGENCI	
CARATER	05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR			
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO			
CONVENIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	VEICULO PROPRIO			
PRESTADOR	FRANCISCA SONALLY NILO DOS SANTOS			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO: _____ PAM: _____ X mmHg TEMP: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Idem em pe

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

*Carvalho Santos
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 71944/PB*

*Q301060061
Q203060087*

CARATER DO ATENDIMENTO

- () 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-| _____ | 2-| _____ | 3-| _____ |

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

DATA: / / HORA: : :

- INTERNAÇÃO ALTA A PEDIDO EVASÃO ÓBITO ALTA MÉDICA
 TRANSFERÊNCIA _____

MÉDICO/CRM _____

VOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Orthodontist

Uiting de Tong en Ternagel
over het voor de arbeidster
geld desv.

es: gesso + ritocco -

*Sessione Wanderay
Cirurgia e Traumatologia
Ottobre 2024*

PRECERES



Lauda médica

Pedras para o aviso que
o Sr Francisco Eugênio Roque
deu entrada no Hospital Regional da
Patos em 08 de julho de 2019 vítima
de cicatrizes de mordidas apresentando
como diagnósticos fratura molde
lateral tímpano direito tratado
conservacionista com imobilização
gessada. Atualmente operada
fratura condilara com
perda de 30% da face em
tímpanos breves ou rugas no
esquerdo, como sequelas de trauma
cefálico. CID: S82.6 Pato, 18/10/2019
T93-2

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6119

Hospital Regional de Patos - RX

80 %

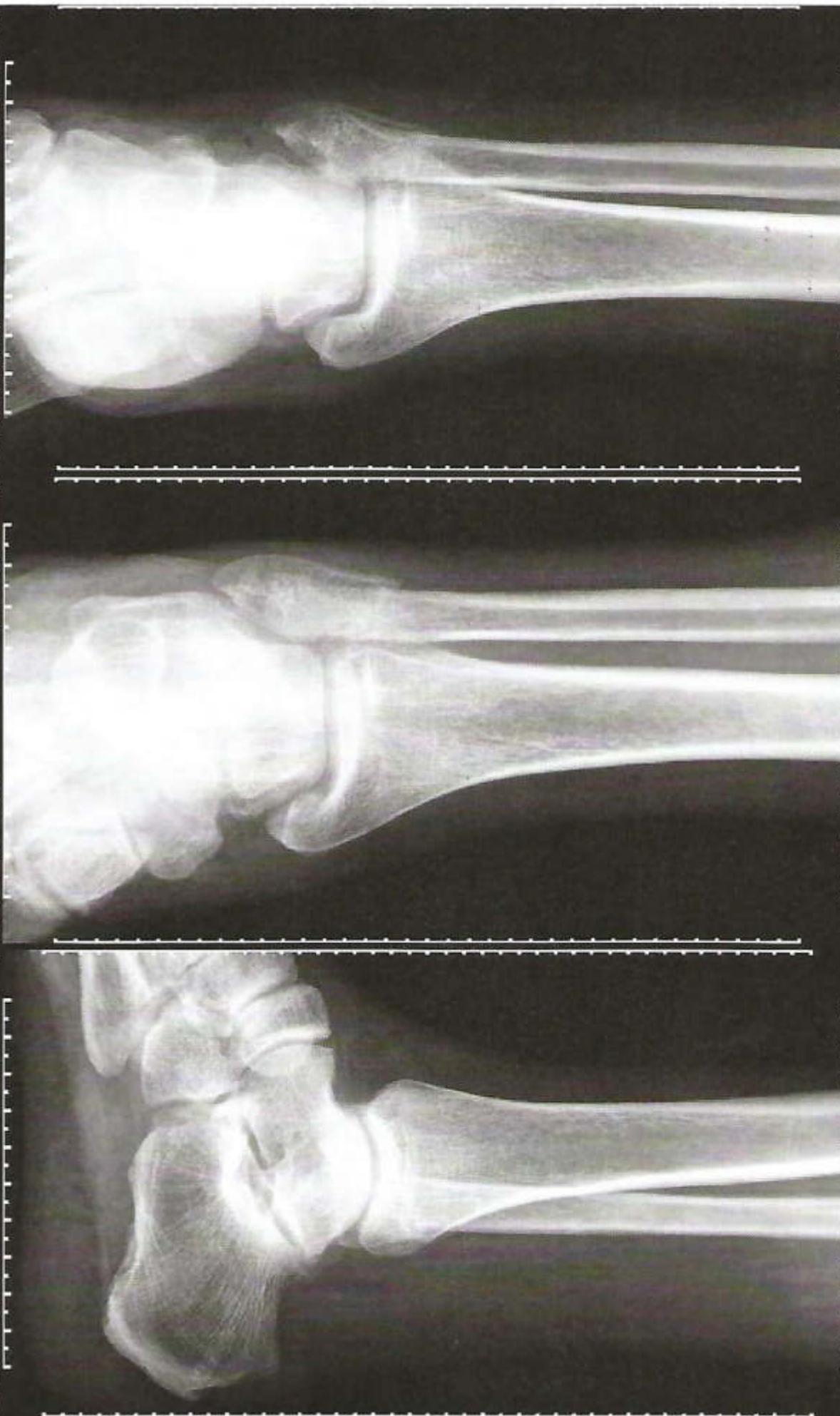
El_5.799

85 %

El_5.870

75 %

El_5.841



Tomozeio D, AP

14/Out/2019 19:26:06 Tomozeio D, Lateral

14/Out/2019 19:26:21 Tomozeio D, Lateral

14/Out/2019 19:26:40 Tomozeio D, Lateral

20191014-01-0003

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES, , *4/Mai/1960

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/07/19 Hora 06h51 Genero M 59 anos

Nome/Nome Social Franklin Evangelio Rodrigues

Origem* Uva Pública Regulado? Sim Não

Queixa principal/História clínica da doença/Início dos sintomas dores na pe bimana Encaminhado? Sim Não

Motivo do atendimento* 002

Cliente Rafaela

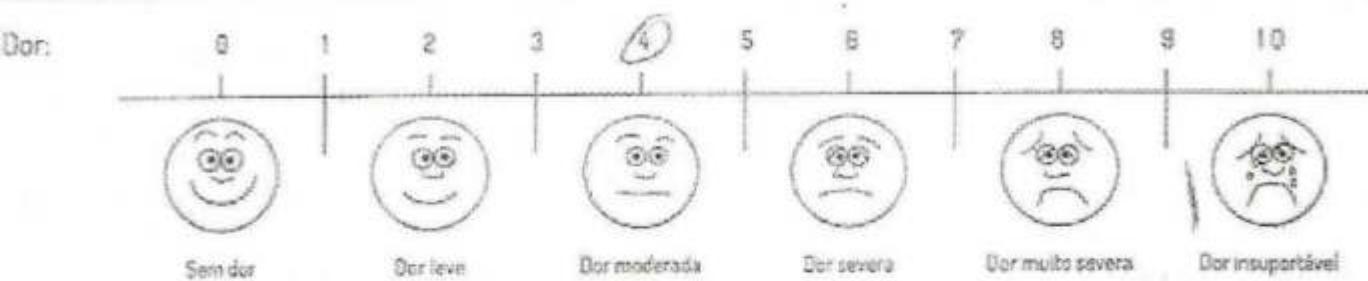
Transporte Viatura próprio

Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim

Doença prévia? Não Sim

Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp _____ irpm SpO₂ _____ % PA 160/90 mmHg HGT _____ mg/Dl



Classificação de Risco: Vermelho Amarelo Verde Azul

Especialidade Médica Burgos

Acompanhante: S/ Acomp. (Setor Crítico) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)

Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Rafaela de Almeida Lopes
COREMEPI 53 553 ENF

Enfermeiro/Corrimbo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N			
CEP/IDADE	PATOS UF PB			
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	VIA PÚBLICA			
PACIENTE	FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES			
NOME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	RITA EUGENIA RODRIGUES	FILIAÇÃO II	ESPEDITO JOSE RODRIGUES	
NASCIMENTO	04/05/1968	IDADE	99a 2m	COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO	MOTO TAXI	BAIRRO	SAO SEBASTIAO	
ENDERECO	RUA VANDY ALVES	CEP	58706130	
CIDADE	PATOS	UF PB	CELULAR 83998246836	
TELEFONE		CPF	337.962.624-49 REG. NASC.	
CNS	784304506127794	R.G	633927	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO			
F.A.A	52370	PRONTUÁRIO	28537	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	KGOMES	
DATA	08/07/2019 Horário: 06:58	TIPO DE SERVICO	URGENCIA E EMERGENCI	
CARATER	05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR			
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO			
CONVENIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	VEICULO PROPRIO			
PRESTADOR	FRANCISCA SONALLY MILLO DOS SANTOS			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Francisco f Rodrigues

PESO: _____ PA: _____ X _____ mQ/Hg TEMP: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Edem em pe

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

hx.

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

arrepend

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

Santos
Médica Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 71341PG

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

0203060087

CARATER DO ATENDIMENTO

- 01-ELETIVO 02-URGÊNCIA 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-|.....| 2-|.....| 3-|.....|

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO DATA _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____

- INTERNAÇÃO ALTA A PEDIDO EVASÃO ÓBITO ALTA MÉDICA
 TRANSFERÊNCIA _____

MÉDICO/CRM _____

VOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

~~1070 adgit~~

Uitne de Tang w Tornado
coee foefan de uelolo keler
gau desuip.

es: gesso + ritocco -

Dr. Sesslop Wanderley
Urologist & Traumatologist
Santa Cruz - Brazil

PARECERES





CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CEP/RC 4.653.575TARIFA DE
1.475 REAIS 10/01/2019

NOME

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

ARAUJO

FILIAÇÃO

ANTÔNIO XAVIER DE SOUZA

MARIA ÂNGELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

NATURALIDADE

TABIRA-PE

DATA DE NASCIMENTO

28/10/1975

DOC. ORIGEM

CERT. CAS. Nº1736 - LIV.B-7 - FLS.23 V - CARTORIO TABIRA-PE

CPF

029 848 084-01

TABELÍA E PREGO DE TABIRA
ALCIR PEREIRA FILHO
LEIA N.º 519 DE 29/08/03

A+

PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Eugenio Rodrigues
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Motorista
residente e domiciliado à Rua Wandy Alves
nº 3341, bairro Flórida, Município de Patos
Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58706-000, portador(a) do
RG nº 633927, SSP/PB e CPF nº 337.962.624-49

OUTORGADO: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo, Nacionalidade: Brasileira, Est. Civil: Casada Profissão: Empresária, portadora do RG nº 4.653.575, SSDS/PB, CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 – Bairro: Bela Horizonte – CEP: 58704-380 – Patos-PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES, ocorrido em 06/07/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza INVALIDEZ

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Patos - PB, 19 de Julho de 2019.

Francisco Eugenio Rodrigues

Outorgante

CPF Nº 337.962.624-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Rua Eulálio Pessas, 138 - Centro
CEP 58700-010 - Patos - PB
Tel: (83) 3421-2725
Fax: (83) 3429-6829

Reconheço, como autentica e verdadeira, afixo firmede:
FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES
En test da verdade, Patos-PB 19/07/2019 09:16:32
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESTREVANTE
C2019-0152957EMA-R\$ 89,91 FARFEN:R\$ 0,29 FERT:R\$ 1,00 TGR:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: RIAJZ-01-PSA
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.ius.br>



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348831/19

Número do Sinistro: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

CPF: 337.962.624-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 17/10/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

Data do cadastramento: 17/10/2019

Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

JANE APARECIDA COSTA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348831/19

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

CPF: 337.962.624-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2019

Titular do CPF: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES : 337.962.624-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO
CPF: 029.848.084-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCOS AURELIO VIDAL

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO E EM CASO DE CIRURGIA A FOLHA CIRÚRGICA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000105138-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Francisco Eugênio Rodrigues</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	<i>Francisco Eugênio Rodrigues</i>		G - CPF: 337.962.624-49
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Moto-Taxista</i>	<i>Rua Wanday Alves</i>	334	<i>Casa</i>
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Flátoria</i>	<i>Patos</i>	PB	58706 - 000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 3421-8003		
emmanoela@hotmail.com.br			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0043	CONTA: 00105138	1
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasidro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Patos - PB; 07 / Outubro / 2019*

Francisco Eugênio Rodrigues
41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

